

**LUIS MIGUEL**  
REPRESENTANTE



**MAURICIO**  
**GIRALDO**  
SENADOR

Bogotá D.C. agosto 2 de 2023

Doctores

**IVÁN LEÓNIDAS NAME VÁSQUEZ**  
Presidente Senado de la República

**GREGORIO ELJACH PACHECO**  
Secretario General Senado de la República

Ref. Proyecto de Ley No. 068 de 2023 Senado *"Por medio de la cual se regulan los procedimientos médicos que atienden la disforia de género, y se dictan otras disposiciones"* - Ley niños, no experimento

En nuestra calidad de congresistas, nos permitimos radicar el Proyecto de Ley No. \_\_\_\_\_ de 2023 Senado *"Por medio de la cual se regulan los procedimientos médicos que atienden la disforia de género, y se dictan otras disposiciones"* - Ley niños, no experimento

Cordialmente,

**OSCAR MAURICIO GIRALDO HERNÁNDEZ**  
Senador de la República  
Partido Conservador

**LUIS MIGUEL LÓPEZ ARISTIZÁBAL**  
Representante a la Cámara por Antioquia  
Partido Conservador

**JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA**  
Representante a la Cámara por Bogotá  
Centro Democrático

**KARINA ESPINOSA OLIVER**  
Senadora de la República  
Partido Liberal

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA 37 B  
H. R. LUIS MIGUEL LOPEZ - OF. 615 B

oscar.giraldo@senado.gov.co  
luis.lopez@camara.gov.co

EDIFICIO NUEVO DEL CONGRESO  
CRA 7 # 8-68

**LUIS MIGUEL**  
REPRESENTANTE



CONGRESO  
DE LA REPÚBLICA  
DE COLOMBIA

**MAURICIO**  
**GIRALDO**  
SENADOR

**HR. YENICA SUGÉIN ACOSTA INFANTE**  
Representante a la Cámara  
Departamento del Amazonas

Miguel Polo Polo  
**MIGUEL ABRAHAM POLO POLO**  
Circunscripción Afro-Descendiente

**CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE**  
Representante Valle del Cauca

**GERMAN BLANCO ÁLVAREZ**  
Senador de la República

**JULIANA ARAY FRANCO**  
Representante a la Cámara  
Departamento de Bolívar

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA 37 B  
**H. R. LUIS MIGUEL LOPEZ • OF. 615 B**

oscar.giraldo@senado.gov.co  
luis.lopez@camara.gov.co

EDIFICIO NUEVO DEL CONGRESO  
CRA 7 # 8-68

PROYECTO DE LEY NÚMERO 068 DE 2023 SENADO

*“Por medio de la cual se regulan los procedimientos médicos que atienden la disforia de género, y se dictan otras disposiciones” - Ley niños, no experimento*

El Congreso de Colombia

**DECRETA**

**Título I: Disposiciones generales**

**Artículo 1º. Objeto.** El objeto de la presente ley es la regulación y la atención médica de la disforia de género, desde su diagnóstico, pasando por el tratamiento hormonal, hasta los procedimientos quirúrgicos, con el fin de salvaguardar, especialmente, la vida, la salud y la integridad de los menores de 18 años de edad en todo el territorio colombiano.

**Artículo 2º. Definiciones.** Para efectos de la aplicación de la presente ley, se utilizarán las siguientes definiciones:

- (1) Disforia de género:** Es un trastorno mental que se presenta en un término mínimo de seis meses que consiste en una marcada incongruencia entre el sexo que el individuo siente o expresa y el que se le asigna.
- (2) Reasignación de género:** Es el tratamiento médico para aquellas lo personas que quieren adaptar sus cuerpos al género deseado mediante hormonas y/o cirugía.
- (3) Cirugía de Afirmación de Género:** Es cualquier procedimiento de reasignación de género que comprenda procedimientos quirúrgicos.

- (4) **Terapia hormonal de Afirmación de Género:** Es cualquier procedimiento de reasignación de género que comprenda la administración de agentes endocrinos exógenos para inducir cambios de masculinización o feminización.

**Título II: De las prohibiciones en materia de atención a la disforia de género en menores de edad.**

**Artículo 3°. De la prohibición de la práctica de Cirugías de Afirmación de Género** No podrán realizarse cirugías de afirmación de género y/o terapia hormonal de en menores de 18 años.

**Artículo 4°. De la prohibición de la Terapia Hormonal de Afirmación de Género.** No podrán realizarse terapias hormonales de afirmación de género en menores de 18 años.

**Título III: Disposición Especial**

**Artículo 5°: Del deber del Estado de propender por el derecho a la Salud de las personas sometidas a la reafirmación de Género.** De conformidad con la presente ley, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) o quien haga sus veces, actualizará el Plan Obligatorio de Salud (POS), con el fin de incluir un protocolo de atención a las personas que deseen revertir los procesos de reafirmación de género.

**Artículo 6°: Del deber de consejería para adultos interesados en practicarse procedimientos de reafirmación de género.** Será requisito previo para el inicio de un tratamiento de disforia de género para adultos, que el paciente reciba una consejería en la que se le describa el procedimiento, su impacto físico y psicológico, su carácter irreversible, sus costos directos e indirectos y demás información disponible de acuerdo con fuentes científicas

**LUIS MIGUEL**  
REPRESENTANTE



**MAURICIO GIRALDO**  
SENADOR

reputadas. Dicha consejería debe hacerse en por lo menos dos ocasiones en un periodo superior a seis meses entre una y otra.

#### **Título IV: De la aplicación de la Ley.**

**Artículo 7º. Vigencia.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

De los Honorables Congressistas,

**OSCAR MAURICIO GIRALDO HERNÁNDEZ**  
Senador de la República  
Partido Conservador

**LUIS MIGUEL LÓPEZ ARISTIZÁBAL**  
Representante a la Cámara por Antioquia  
Partido Conservador

**JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA**  
Representante a la Cámara por Bogotá  
Centro Democrático

**KARINA ESPINOSA OLIVER**  
Senadora de la República  
Partido Liberal

**HR. YENICA SUGÉIN ACOSTA INFANTE**  
Representante a la Cámara  
Departamento del Amazonas

Miguel Polo Polo  
**MIGUEL ABRAHAM POLO POLO**  
Circunscripción Afro-Descendiente

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA 37 B  
H. R. LUIS MIGUEL LÓPEZ • OF. 615 B

oscar.giraldo@senado.gov.co  
luis.lopez@camara.gov.co

EDIFICIO NUEVO DEL CONGRESO  
CRA 7 # 8-68

**LUIS MIGUEL**  
REPRESENTANTE



**MAURICIO**  
**GIRALDO**  
SENADOR

**CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE**  
Representante Valle del Cauca

**GERMAN BLANCO ÁLVAREZ**  
Senador de la República

**JULIANA ARAY FRANCO**  
Representante a la Cámara  
Departamento de Bolívar

## SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General ( Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 02 del mes Agosto del año 2023

se radicó en este despacho el proyecto de ley

Nº. 068 Acto Legislativo Nº. \_\_\_\_\_, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales

por: HS: OSCAR GIRALDO, CARINA ESPINOSA, GERMAN  
BLANCO, - HP- LUIS LOPEZ, JOSE JAIME USCATEGUI.  
YEVICH SUGWIN ACOSTA- CHRISTIAN GARCÉS Y OTROS  
FIRMAS.

**SECRETARIO GENERAL**

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

37 B

H. R. LUIS MIGUEL LOPEZ • OF. 615 B

oscar.giraldo@senado.gov.co

luis.lopez@camara.gov.co

EDIFICIO NUEVO DEL CONGRESO

CRA 7 # 8-68

• **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

**I. LA PROTECCIÓN DEL MENOR EN LOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES**

Como cualquier ser humano, los hijos son, desde el primer instante su existencia, verdaderos titulares de todos los derechos reconocidos en la DUDH<sup>1</sup> y en los Pactos Internacionales, con matices que denotan la preocupación por la fragilidad de los menores. En este sentido, el artículo 25.2 DUDH establece que *“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*.

En el artículo 24 PIDCP<sup>2</sup> podemos leer *«Todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado. 2. Todo niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y deberá tener un nombre. 3. Todo niño tiene derecho a adquirir una nacionalidad»*.

El PIDESC, por su parte, se refiere a los menores en dos de sus artículos. En el artículo 10.3 se establece que *“Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia a favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar a su desarrollo normal será sancionado por la Ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil”*. Y en su artículo 12, referido a la salud, se establece que *“2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de su derecho, figurarán las necesarias para : a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”*.

La diferencia con los adultos es que, durante la minoría de edad, aunque puedan ejercer algunos derechos directa y personalmente cuando alcanzan el grado de madurez suficiente y el reconocimiento jurídico de su capacidad de obrar, la mayor parte de los derechos, sin embargo, deben ser ejercidos a través de sus padres o tutores legales hasta que llegue el momento de que el menor sea capaz de asumir su ejercicio.

<sup>1</sup> Declaración Universal de Derechos Humanos

<sup>2</sup> Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

# SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General ( Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

se radicó en este despacho el proyecto de ley  
Nº. 68 Acto Legislativo Nº. \_\_\_\_\_, con todos y  
cada uno de los requisitos constitucionales y legales  
por: \_\_\_\_\_

---

SECRETARIO GENERAL

## II. EL EJERCICIO AUTÓNOMO DE LOS DERECHOS Y EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR

Hasta la aprobación de la CDN se presentaba la minoría de edad (hasta los 18 años) como un estatus de incapacidad de obrar fundamentada en la inmadurez intelectual del menor para adoptar decisiones responsables. No solo se pretendía protegerlo de las consecuencias negativas que pudieran derivar para él de una decisión irreflexiva, sino también para la seguridad jurídica de los terceros que hubieran interactuado jurídicamente con él convencidos de su capacidad de obrar. Esto no mermaba la titularidad de sus derechos, sino la capacidad de su ejercicio.

Sencillamente, todos los derechos del menor eran ejercidos por sus representantes legales en su nombre, presumiéndose que lo harían siempre en interés del menor.

La CDN vino a cambiar esta concepción por dos vías. La primera, admitiendo en el art. 1 que hasta los 18 años se considerará menor a toda persona *"salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad"*. En este sentido, cada vez es más frecuente encontrar normas nacionales que fijan otra edad inferior a los 18 años para que puedan intervenir en procedimientos administrativos o judiciales que le afecten, presten su consentimiento informado para una intervención quirúrgica, autoricen la cesión de sus derechos de imagen, etc. En estos supuestos, que suelen afectar al ámbito de la libertad y desarrollo personal y por ello se ha creído conveniente que el menor manifieste su voluntad, no cabe la inseguridad jurídica para terceros porque es la propia ley la que ha permitido al menor actuar a partir de una edad determinada.

La segunda vía es algo más delicada para la seguridad jurídica y está contemplada en el art. 12 CDN, que establece que todo menor *"que esté en condiciones de formarse un juicio propio"*, tiene el *"derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que [le] afecten"*, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez. En este caso no se fija una edad concreta, sino que se alude a su madurez. Para la doctrina, estos cambios han supuesto la inversión de la presunción, es decir, si las normas no establecen explícitamente lo contrario, se presume que el menor alcanza su madurez intelectual progresivamente y con ella una capacidad de obrar progresiva, sin necesidad de que deba esperar hasta los 18 años para ejercer sus propios derechos". El riesgo para la seguridad jurídica deriva de que habría que ponderar en cada caso qué derechos podría ejercer autónomamente el menor en función de su madurez y qué derechos requerirían de un representante para ser ejercidos.

¿Es maduro para casarse un menor con 16 años? ¿O para tener hijos? ¿O para mantener relaciones sexuales? ¿O para decidir sobre su educación? ¿O para consentir una intervención quirúrgica o un ensayo clínico? Puede ser que sí o puede ser que no, lo que remite irremediabilmente a un análisis de la madurez caso a caso, sin presunciones generales, pues un error en la decisión del menor puede causarle daños irreparables en su desarrollo personal.

De ahí que, como afirma Aláez, "a la hora de utilizar el criterio de la madurez como concreción de la gradual adquisición de autonomía volitiva por parte del menor, es preciso saber en qué ha

de consistir dicha madurez, pues sólo de esa forma será posible saber cuáles son sus límites y el necesario ámbito de extensión de la hetero protección del menor". (Aláez Corral, 2013: 66)

Fuera de los casos en los que el menor pueda decidir por sí mismo, será necesaria la intervención de los padres o tutores legales para el ejercicio de los derechos, por ejemplo, para disponer sobre sus bienes materiales, si los tuviera. Esto no significa que el menor resulte perjudicado por una limitación de su autonomía, al contrario, se trata de ofrecerle una protección reforzada para que no sufra las consecuencias negativas de una decisión errónea.

El requisito que impone el art. 3.1 CDN es que todas las decisiones de los representantes (padres, tutores o instituciones públicas) se adopten en aras del «*interés superior del menor*» *«En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño»*. Habría que destacar que la CDN no identifica el interés superior del niño con lo que los adultos crean que es el interés superior del niño, sino que obliga en cada caso a descubrir cuál es su verdadero interés superior'.

El Comité DN aclara en la OG N° 14 los puntos más controvertidos y exige «*promover un verdadero cambio de actitud que favorezca el pleno respeto de los niños como titulares de derechos*» . (OGN°14,n.12).

Subraya el Comité que nos encontramos ante un concepto de triple naturaleza. En primer lugar, se trata de un derecho sustantivo de aplicación directa por los tribunales, el derecho a que su interés superior prevalezca a la hora de evaluar las decisiones que afecten al niño concreto, a un grupo o a todos los niños en general. En segundo lugar, constituye un principio jurídico interpretativo que obliga a interpretar las disposiciones jurídicas del modo que mejor satisfaga el interés superior del menor. Y, en tercer lugar, se erige como norma de procedimiento, de modo que en cualquier toma de decisión que afecte a los niños deberá tenerse en consideraciones (positivas y negativas) que obliga en cada caso a descubrir cuál es su verdadero interés superior.

El propio Comité advierte que el «*interés superior del niño*» es un concepto complejo, flexible y adaptable que no admite fórmulas genéricas inamovibles, sino que *«debe ajustarse y definirse de forma individual, con arreglo a la situación concreta del niño o los niños afectados y teniendo en cuenta el contexto, la situación y las necesidades personales»*.

En ese orden, el interés superior del niño, dada la situación especial de éste (dependencia, inmadurez y, a menudo, carencia de voz), debe primar sobre cualquier otra consideración a tener en cuenta en la adopción de decisiones, tratando de salvar los posibles conflictos de intereses que puedan surgir. Para su determinación resulta esencial dar voz al menor, escuchar y valorar su opinión en función de su madurez; y junto a la opinión del menor habrá que tener en consideración las circunstancias concretas de cada caso'.

Por ello, la evaluación del interés superior del niño es una actividad singular que debe realizarse en cada caso, teniendo en cuenta las circunstancias concretas de cada niño o grupo de niños o los niños en general. Esas circunstancias se refieren a las características específicas del niño o los niños de que se trate, como la edad, el sexo, el grado de madurez, la experiencia, la pertenencia a un grupo minoritario, la existencia de una discapacidad física, sensorial o intelectual y el contexto social y cultural del niño o los niños, por ejemplo, la presencia o ausencia de los padres, el hecho de que el niño viva o no con ellos, la calidad de la relación entre el niño y su familia o sus cuidadores, el entorno en relación con la seguridad y la existencia de medios alternativos de calidad a disposición de la familia, la familia ampliada o los cuidadores» (OG N° 14, n. 48).

Desde estas premisas, el Comité ha propuesto los elementos que deberían, si lo permiten las circunstancias, ser tenidos en consideración en cualquier evaluación y determinación del interés superior del niño:

a) la propia opinión del niño en proporción a su madurez, teniendo en cuenta que *“una situación vulnerable (por ejemplo, niños con discapacidad, los pertenecientes a grupos minoritarios y los migrantes) no le priva del derecho a expresar su opinión, ni reduce la importancia que debe concederse a sus opiniones”*.  
(OG No 14, n. 544,)

b) la identidad del niño, en la que tendrán especial relevancia el sexo, la nacionalidad, la religión, las creencias, etc;

c) la preservación del entorno familiar y el mantenimiento de las relaciones con sus familiares, dado que la familia es la unidad fundamental de la sociedad y el medio natural para el crecimiento y el bienestar de sus miembros, en particular de los niños» (OG N° 14, n. 59)';

d) el cuidado, protección y seguridad del bienestar del niño que, interpretado en sentido amplio, debe abarcar «sus necesidades materiales, físicas, educativas y emocionales básicas, así como su necesidad de afecto y seguridad» (OG N° 14, n. 71)16;

e) la situación de vulnerabilidad, «como tener alguna discapacidad, pertenecer a un grupo minoritario, ser refugiado o solicitante de asilo, ser víctima de malos tratos, vivir en la calle, etc.» (OG N° 14, n. 75);

f) el derecho del niño a la salud y su estado concreto de salud, que no puede resultar perjudicado como consecuencia de la decisión;

y g) el derecho del niño a la educación, debiendo en todo caso resultar salvaguardado «el acceso a una educación gratuita de calidad, incluida la educación en la primera infancia, la educación no académica o extraacadémica y las actividades conexas» (OG N° 14, n. 79).

Sin embargo, el propio Comité es consciente de que ni siquiera la consideración y ponderación de todos estos elementos asegura una determinación correcta del interés superior del menor, es decir, cabe una determinación que encubra lo que los adultos responsables consideran a su juicio que es el interés superior. Para intentar salvar esta dificultad, propone extremar el cuidado en informar al menor de forma adecuada (de acuerdo con su madurez) para que pueda expresar su opinión sobre lo que le afecta de modo directo, aunque después esa opinión deba ser manifestada o ejecutada por su representante.

Y, junto a ello, propone que las autoridades internas deberían establecer garantías eficaces que aseguren todo el procedimiento, por ejemplo, garantías de que sean profesionales cualificados quienes analicen los hechos a evaluar, garantías para que no haya dilaciones indebidas que puedan perjudicar al menor, garantías para que toda decisión esté fundamentada jurídicamente y pueda ser objeto de revisión con posterioridad, y garantías de que, antes de ejecutar una decisión, se haya realizado una evaluación de impacto sobre los derechos del niño. (OG N° 14, nn. 85-99).

Todas estas propuestas han llevado a un sector de la doctrina a infravalorar el papel de los padres y reivindicar una autonomía cada vez mayor para los hijos, incluso contra la opinión de los padres. Sin embargo, el papel de los padres en la vida de sus hijos debe seguir siendo esencial en la vida de los hijos, sobre todo en las cuestiones más controvertidas en las que se requiere un grado de madurez intelectual que sólo se completa con la experiencia de la vida.

En las etapas más difíciles del menor, normalmente la adolescencia, en las que se está formando su identidad personal, necesita una guía que le ayude a adquirir criterios de actuación, no basta con aprender de los errores (válidos en cuestiones secundarias), que pueden ser de tal magnitud que arruinen o condicionen la vida del menor en el futuro. (Aisenson, D. et al., 2005: 81-88).

Los más idóneos para ayudar a decidir a los hijos sobre el ejercicio de sus derechos son los padres, que deberán escucharlos, pero a los que no se les puede privar del derecho a darles una formación integral. **Sería un error reconocer al menor una autonomía ilimitada cuando aún no está preparado, por su incompleta madurez, para decidir sobre cuestiones que marcarán su vida sin posibilidad de vuelta atrás.**<sup>3</sup>

Con todo, la tendencia general, frente a la identidad, apunta hacia un reconocimiento legal del sexo igualándolo al género sentido, a edades cada vez más tempranas y sin el requisito del concurso de los padres o figuras médicas.

### **III. ¿SE NACE EN UN CUERPO EQUIVOCADO?**

Un nuevo problema amenaza cada vez más la infancia y la adolescencia de cientos de miles de individuos en los últimos diez años: la disforia de género. Nos debería sorprender la presencia de la disforia de género en la infancia, dado que era un problema de personas adultas.

<sup>3</sup> Cf. Elisa Rodrigues de Araújo ; José Justo Megías Quirós, Derechos humanos de la familia.

Aun cuando el descontento con el propio cuerpo se evidenciara a temprana edad, no solía empezar a los cuatro, seis u ocho años, que ahora es más frecuente. Las clínicas de género de todo el mundo informan de un aumento en el número de derivaciones con edades más tempranas y, en particular, de niñas. Así, por ejemplo, referido al Reino Unido, mientras que hace nueve años sólo se derivaron 40 niñas para el tratamiento de transición de sexo, esa cifra es ahora de 1.806, un aumento del 4.515 por ciento<sup>4</sup>. Por su lado, el número de niños aumento de 56 a 713 en ese mismo tiempo. Una referencia de Suecia habla del 1.500 por ciento de incidencia incrementada<sup>5</sup>

Varias explicaciones, probablemente interconectadas, se han ofrecido para dar cuenta de este aumento: 1) la visibilidad dada a cuestiones transgénero en los medios, 2) internet, con sus innumerables sitios sobre la disforia de género, 3) la paulatina despatologización y reducción del estigma con respecto a la disforia de género y la identidad transgénero, 4) la disponibilidad de tratamiento biomédico, empezando por la supresión del desarrollo puberal, y 5) el enfoque «afirmativo de atención adoptado por muchas clínicas y equipos de identidad de género.

#### IV. PERO, Y ENTONCES, ¿QUÉ ESTÁ PASANDO CON LOS NIÑOS?

La creciente disforia de género de comienzo temprano con predominio de las niñas y las adolescentes, destaca la llamada “*disforia de género de comienzo rápido*” (ROGD, por sus siglas en inglés, rapid-onset of gender dysphoria). Consiste básicamente en que, de pronto y a menudo para sorpresa de los padres, un niño o un chico dice que es y se siente una niña o una chica, y una niña o una chica dice que es y se siente un niño o un chico.

La ROGD fue descrita por la ginecóloga estadounidense Lisa Littman en un estudio publicado en 2018, en el que entrevistó a 256 padres de adolescentes que se habían declarado trans sin que los propios padres apreciaran antecedentes en tal sentido, de los que el 82,8 %eran chicas que querían ser chicos. 6 Clínicas de todo el mundo especializadas en identidad de género venían observando este fenómeno en los últimos años.

La doctora Littman identificó varios factores asociados con la ROGD, concretamente, una inmersión intensa en las redes sociales, dentro de lo que se podría llamar “subcultura del transgénero”, y que la autora caracterizó como “contagio social”, una alta tasa de diagnósticos

<sup>4</sup> Cioran McGrath, «Investigation as number of girls seeking gender transition treatment rises 4,515 percent», Express, 16 de septiembre de 2018, <<https://www.express.co.uk/news/uk/1018407/gender-transition-treatment-investigation-penny-mordaunt>>. [Consulta: 16 de abril de 2021]; Gordon Rayner, «Minister orders inquiry into 4,000 per cent rise in children wanting to change», The Telegraph, 16 de septiembre de 2018, <<https://www.telegraph.co.uk/politics/2018/09/16/minister-orders-inquiry-4000-per-cent-rise-children-wanting/>>. [Consulta: 16 de abril de 2021]

<sup>5</sup> Richard Orange, «Teenage transgender row splits Sweden as dysphoria diagnoses soar by 1,500%», The Guardian, 22 de febrero de 2020, <<https://www.theguardian.com/society/2020/feb/22/ssweden-teenage-transgender-row-dysphoria-diagnoses-soar>>. [Consulta: 16 de abril de 2021]

de salud mental y varios factores estresantes psicosociales que precedieron al inicio de la disforia de género, así como un empeoramiento del funcionamiento psicosocial y las relaciones entre padres e hijos después de “salir del armario” como transgénero.

Lamentablemente, que las ayudas necesarias para las personas con disforia, incongruencia, malestar o descontento con el género asignado de nacimiento tengan que pasar por un diagnóstico clínico y la consiguiente patologización de un problema. Entendemos que la llamada disforia o incongruencia supone un problema—malestar y descontento—para las personas, pero un problema no es una enfermedad, sin que ello no suponga que implique un gran sufrimiento en la vida de la persona. En ese orden, la ROGD es un fenómeno social, no un trastorno mental. Al respecto, la doctora propia Littman apunta este carácter social cuando señala precisamente el “contagio social” como factor implicado.

El constructivismo social afirma que todo es construido, niega que la disforia de género lo sea y en su lugar afirma que es un hecho natural. Sin embargo, no se niega que la disforia de género “declarada y sentida” por los niños y adolescentes sea un hecho real. Lo que se plantea es cómo se ha hecho real. Así las cosas, algo de lo que pasa en la infancia y la adolescencia tiene que ver con la ideología de género que se suma a los problemas que ya se dan en estas edades, si es que esta ideología no se aprovecha de ellas y contribuye a crearlas<sup>6</sup>.

Si un menor con alguna preocupación acerca de su identidad de género consulta internet, se encuentra con que la transición es una única opción. Como ha mostrado Abigail Shrier en su obra titulada *Un daño irreversible*, concretamente se encontrará con los siguientes mensajes<sup>7</sup>:

- Si crees que puedes ser trans, lo eres (pienso, luego soy trans).
- ¿Probando trans? Fajas (binders), una buena manera de empezar.
- ¿Testosterona, o T? Es asombrosa. Puede que resuelva todos tus problemas. Si tus padres te quieren, deberían apoyar tu identidad trans.
- Si no recibes apoyo en tu identidad trans, probablemente te suicidarás.
- Engañar a los padres y doctores está justificado si esto te ayuda. No tienes que identificarte con el sexo opuesto (se trata de ser fluido).

Existe la creencia de que decirles a los adolescentes que su disforia puede ser pasajera está mal, desde el punto de vista ético y práctico, pero y ¿Qué tiene de malo decirle a un adolescente, “Un día te sentirás mejor”, y que el *Manual de Diagnóstico de Desórdenes Mentales*, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, señala que, de aquellos niños y jóvenes que manifiestan “disforia de género”, del 70 al 97% de varones y del 50 al 88% de las mujeres la superan al llegar a la edad adulta. En ese mismo sentido, el *Manual de Psicología y*

<sup>6</sup> Cf. Marino Pérez Álvarez, José Erra Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género (Deusto)

<sup>7</sup> Abigail Shrier, *Un daño irreversible: La locura transgénero que seduce a nuestras hijas*, cap. 3, Deusto, Barcelona, 2021.

*Sexualidad* de la Asociación Americana de Psicología afirma que la gran mayoría de niños y niñas con disforia sexual terminan aceptando su sexo de nacimiento.

La experiencia de tantos destransicionistas no se puede generalizar, como tampoco se puede generalizar la narrativa que promueve la transición como única opción. Nada más anticientífico, antiético y antiayuda, y acaso nocivo, que la propagación dogmática de la transición universal como única salida aceptable.

De acuerdo con lo dicho, se entiende que diversos problemas característicos de la infancia y la adolescencia pueden estar involucrados en la disforia de género, de modo que sería prudente considerar cada caso antes de emprender la transición como única salida. El creciente número de personas arrepentidas que emprenden la destransición sugiere que la transición no parece que sea siempre la mejor opción, tanto más si ya implica cambios irreversibles. No es prudente, ni científicamente correcto, tomar sin más la disforia de género sentida como evidencia de una “llamada de la naturaleza”, al margen de las vicisitudes de la infancia y la adolescencia.

## V. ¿QUÉ ES EL ENFOQUE AFIRMATIVO?

El enfoque de la terapia afirmativa consistente en ofrecer la transición fármaco-quirúrgica como única salida aceptable a la incongruencia de género que presentan niños y adolescentes, sin explorar si acaso otros problemas pudieran estar implicados y otras alternativas pudieran ser también satisfactorias.

El enfoque afirmativo incluye una serie de transiciones: transición social, que implica el cambio de nombre, el uso de nuevos pronombres y un nuevo aspecto; transición farmacológica a base de bloqueadores de la pubertad mediante medicamentos análogos a la hormona liberadora de gonadotropina y hormonación cruzada que contrarreste las hormonas ligadas al sexo de nacimiento; transición quirúrgica, consistente en la reconstrucción de los genitales y en el caso de las chicas también la mastectomía, así como otras intervenciones más o menos cosméticas; y transición legal gracias a la reinscripción de la nueva identidad en el correspondiente registro civil.

La transición farmacológica y la quirúrgica son las que entrañan decisiones y consecuencias tan comprometidas como para cuestionar su afirmación sin más consideraciones. En la base del enfoque afirmativo está la concepción del cuerpo equivocado. Si una chica se siente chico, más allá de la afirmación social —que no supone mayor problema—, se emprenderían todos o algunos de estos pasos: bloqueo de la pubertad, hormonación masculinizante a base de testosterona, ablación de los pechos y reconstrucción genital.

El enfoque afirmativo, por bien intencionado que sea, no está exento de problemas. Para empezar, no todos los casos son iguales como para ofrecerles una opción. Por otra parte, puede ocasionar daños irreversibles para quienes quieran volver atrás, un fenómeno cada vez más frecuente.

La declaración de política (Policy Statement) de la AAP en favor del enfoque afirmativo no está sostenida por la evidencia de acuerdo con la revisión de James Cantor<sup>8</sup>. Los problemas de esta declaración, de acuerdo con Cantor<sup>9</sup>, se refieren tanto a lo que deja fuera, como a la interpretación parcial de las fuentes que cita. Deja fuera los numerosos estudios —al menos once— de seguimiento de la disforia de género de la infancia y la adolescencia, los cuales muestran invariablemente que la mayoría de quienes presentan disforia desisten, por no hablar del creciente número de destransicionistas.

Revisiones sistemáticas recientes de los bloqueadores de la pubertad y las hormonas de sexo cruzado realizadas por el Instituto Británico para la Salud y la Excelencia Clínica muestran una “indudable baja evidencia”. En opinión de la Sociedad para la Medicina de Género Basada en la Evidencia, “la baja confianza en el balance de riesgos y beneficios de las intervenciones hormonales requiere extrema precaución cuando se trabaja con jóvenes con disforia de género, que se encuentran en medio de una fase de exploración y consolidación de identidad apropiada para el desarrollo.

Estudios de seguimiento de personas transexuales que han pasado por la cirugía de reasignación de sexo no muestran, desafortunadamente, los beneficios con los que se presenta el enfoque afirmativo. Un estudio de seguimiento de más de diez años realizado en 2011 —no citado en el informe de la APA— indica que «aun cuando la reasignación de sexo alivia la disforia de género, es necesario identificar y tratar la morbilidad psiquiátrica concurrente no sólo antes, sino después de la reasignación».

En ese orden, la terapia afirmativa fármaco-quirúrgica no cuenta con la evidencia que se le supone en mejorar la salud mental asociada a la incongruencia de género. De hecho, hay cada vez más personas arrepentidas de haber emprendido la transición hormonal y quirúrgica, que quieren ahora reemprender la destransición cuando quizá ya hayan sufrido cambios y daños irreversibles. Se trata de personas arrepentidas y quejas de haber entrado en la transición no sólo sin la debida explicación, sino entusiastamente empujadas por los clínicos.

La destransición es un fenómeno emergente que pone en evidencia dos cosas: las secuelas del enfoque afirmativo y los problemas añadidos de lidiar con la propia destransición, entre ellos, el sentimiento de arrepentimiento, el abandono, la soledad, la vergüenza y los cambios físicos y sociales llevados a cabo<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> Jason Rafferty, AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, AAP Committee on Adolescence, AAP Section on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Wellness, «Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents», *Pediatrics*, 142, 4 (2018), e20182162

<sup>9</sup> James M. Cantor, «Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents: Fact-Checking of AAP Policy», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46, 4 (2020), pp. 307-313, <<https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1698481>>

<sup>10</sup> Cf. Marino Pérez Álvarez, José Erra Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género (Deusto)

## VI. ANÁLISIS DE LEYES INTERNACIONALES Y SU RETROCESO

En las últimas décadas ha sido evidente la ola de leyes aprobadas en favor de la comunidad LGBTIQ+, en este sentido, muchos países han acogido dentro de su legislación la posibilidad de realizar cirugías de reasignación de sexo financiadas por el gobierno, para lo cual se crean ministerios, se modifica el sistema de salud, entre otras acciones. **Sin embargo, no han sido pocos gobiernos que pronto caen en la cuenta de los efectos adversos que ha traído consigo este tipo de cirugías a la salud pública, tal como se expone a continuación:**

### ➤ Reino Unido:

El Gobierno británico es uno de los que ha iniciado un proceso de retroceso con respecto a la promulgación de leyes trans que incluyen a menores de edad, lo que antes era visionado como una escalera para llegar a una sociedad más libre y tolerante, y que se había ido reflejando en las últimas leyes trans aprobadas en distintos países y regiones de todo el mundo.

En Reino Unido estaba vigente la Ley de Reconocimiento de Género de 2004, sin embargo, la ministra británica para la Mujer y la Igualdad, Liz Truss, anunció en el 2020 que se controlaría el transexualismo entre los menores de edad después de que este mismo ministerio ordenara una investigación ante el impresionante incremento de peticiones de cambio de sexo entre niños y adolescentes:

- Entre 2009 y 2010, fueron 97: 57 niños y 40 niñas.
- Entre 2017 y 2018 fueron 2519 (45 de ellos, menores de 6 años): 713 niños y 1806 niñas.
- Esto supuso un incremento global del 24,96%: un 11,50% en niños y un absolutamente alarmante 44,15% en niñas. Cuatro veces más en niñas que en niños.<sup>11</sup>

Por todo ello, el Gobierno actualmente sostiene la prohibición de cualquier tratamiento y procedimientos en menores para su cambio de sexo que tengan consecuencias irreversibles y permanentes, tales como la distribución de "bloqueadores de la pubertad" y tratamientos hormonales que hacen que el cuerpo no se desarrolle naturalmente e imite características del sexo opuesto.

Si bien Truss considera que los adultos deberían ser libres de hacer lo que quieran con sus cuerpos, es clara en hacer público el hecho de que *"es muy importante que mientras las*

<sup>11</sup> DAVID MADDOX, ENORME AUMENTO DE CHICAS QUE CAMBIAN DE SEXO EXPRESS. <https://www.express.co.uk/life-style/health/1018523/girls-change-make-reassignment-sex-change-health-UploadExpress>

*personas aún estén desarrollando sus capacidades de toma de decisiones, los protegemos de tomar decisiones irreversibles".<sup>12</sup>*

Por otro lado, el Tribunal Superior de Justicia de Inglaterra y Gales sentenció que los niños menores de 16 años no pueden dar un consentimiento informado a la administración de bloqueadores de la pubertad, y los mayores de 16 pero aún menores de edad solo pueden hacerlo con autorización judicial.<sup>13</sup>

Dicha Sentencia venía motivada por la demanda de Keyra Bell, una joven de 23 años, contra Tavistock, el centro británico especializado en "reasignaciones de género". En resumen, el caso se trata de que esta joven en la edad de 17 años le inyectaron testosterona y le hicieron una doble mastectomía. Unos años después, al ver que este procedimiento nunca fue la solución a sus problemas, quiso volver a su sexo biológico, pero algunos de los cambios que se le hicieron son irreversibles. La demanda estuvo en gran parte fundada por el hecho de que no se le advirtió ni se examinaron alternativas puramente psiquiátricas a su disforia de género.

Lo anterior, provocó que un grupo de expacientes que han tratado de revertir sus tratamientos de reasignación de sexo haya presentado contra este centro una demanda conjunta. Esta clínica fue cerrada por las preocupaciones generadas por las investigaciones de las políticas y procedimientos dentro de la misma que han concluido que la transición de género puede tener efectos significativos en la función psicológica del niño, y las quejas de las familias de los pacientes. Esto corresponde al informe que presentó la médico pediatra y expresidente del Colegio Oficial de Pediatría y Salud Infantojuvenil Hilary Cass, a quien el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido encargó que investigara los procedimientos de la clínica Tavistock, que concluía: *"Debido a que el servicio especializado ha evolucionado rápida y orgánicamente en respuesta a la demanda, el enfoque clínico y el diseño general del servicio no han estado sujetos a algunos de los controles de calidad normales que normalmente se aplican cuando se introducen tratamientos nuevos o innovadores."*<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> El sentido común todavía respira. (2020). *HISPANIDAD*. [https://www.hispanidad.com/opinion/argumentos/sentido-comun-respira-reino-unido-anuncia-planes-prohibir-cirugia-cambio-sexo-ninos\\_12018037\\_102.html](https://www.hispanidad.com/opinion/argumentos/sentido-comun-respira-reino-unido-anuncia-planes-prohibir-cirugia-cambio-sexo-ninos_12018037_102.html)

<sup>13</sup> Sentencia del caso Bell v Tavistock del Tribunal Supremo de Inglaterra y Gales, Case No: CO/60/2020, publicada el 01/12/2020, pp. 3. Disponible en: <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>

<sup>14</sup> Cass, H. (2022). *The Cass Review Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*.

En 2022 la autoridad sanitaria británica ordenó la clausura de la clínica Tavistock. Se prohibieron entonces para los menores de edad los tratamientos de cambio de sexo que supusieran resultados irreversibles y permanentes.

Por este y muchos otros testimonios, el Servicio Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra desarrolló e hizo pública una guía para el tratamiento de niños con disforia de género. En ella, advierte que la condición es a menudo una «fase» temporal y restringe el uso de bloqueadores de la pubertad y hormonas para el cambio de sexo. El documento supone un alejamiento del modelo de «atención de afirmación de género» que fomenta la transición médica y social de un niño al sexo opuesto, con bloqueadores de la pubertad y hormonas. Esta guía se centra en la psicología y el desarrollo infantil e incluye especialistas en autismo pediátrico, neurodiscapacidad y salud mental.<sup>15</sup> Este cambio se produce justamente después del cierre de la clínica Tavistock, el centro de cambios de sexo en niños más grande del mundo.

➤ **España:**

El máximo órgano de los jueces en España emitió un informe sobre el proyecto de “*ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*”, la ley trans de ámbito nacional que en su momento estaba en debate, pero que a la fecha ya está vigente y ha sido impuesta por el gobierno.

En su dictamen, el Consejo General del Poder Judicial desarrolla el tema sobre la voluntad superior del menor a la hora de decidir el cambio de sexo:

*“No cumple con el principio de especial protección de los menores de edad y, en términos de proporcionalidad, con la especial primacía de su superior interés. No es suficiente para proteger el interés de los menores comprendidos en esa franja de edad que carezcan del suficiente grado de madurez o cuya situación de transexualidad no esté estabilizada. El Tribunal Constitucional ha establecido que en estos casos (ausencia de madurez suficiente o de estabilización de la transexualidad) la protección del superior interés del menor justifica la restricción de principios y derechos constitucionales”.*<sup>16</sup>

<sup>15</sup> NHS England. *Public consultation Interim service specification for specialist gender dysphoria services for children and young people*. (2022). [https://www.engage.england.nhs.uk/specialised-commissioning/gender-dysphoria-services/user\\_uploads/b1937-ii-interim-service-specification-for-specialist-gender-dysphoria-services-for-children-and-young-people-22.pdf](https://www.engage.england.nhs.uk/specialised-commissioning/gender-dysphoria-services/user_uploads/b1937-ii-interim-service-specification-for-specialist-gender-dysphoria-services-for-children-and-young-people-22.pdf)

<sup>16</sup>Consejo General del Poder Judicial, “*Informe sobre el Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*”, CGPJ, 2022 <https://cutt.ly/DH9ovJI>

Por otro lado, actualmente es conocido el caso de Susana Dominguez<sup>17</sup><sup>18</sup>, quien fue diagnosticada con disforia de género con sólo 15 años, de lo cual resultó que le extirparon los pechos y el útero sin supervisión psiquiátrica por parte del Servicio Gallego de Salud, los especialistas tampoco detectaron su autismo.

Razón por la cual Susana ha interpuesto una reclamación ante el Servicio Gallego de Salud. Las situaciones graves por las que tuvo que pasar Susana se produjo gracias a que la ley gallega de no discriminación por razón de sexo, que data de 2014, no recoge nada acerca de acompañamiento psicológico en estos procesos, y permite a los pacientes elegir plenipotenciariamente si quieren cambiar de sexo.

Lo mismo hace la *Ley Trans*<sup>19</sup> recién aprobada en el Congreso de los Diputados, que extiende ese modelo a toda España y prohíbe explícitamente, contra la opinión de sociedades científicas españolas, que cualquier profesional de la salud mental realice tratamiento psicológico o psiquiátrico a quien se autodetermine en un sexo diferente al suyo. Sólo establece un acompañamiento, si el paciente lo demanda, para ayudarle con las incidencias de la hormonación y las cirugías.

➤ **Estados Unidos:**

En Estados Unidos, El Procurador General de Texas Ken Paxton emitió una Opinión Formal en septiembre de 2022, a raíz del cual el Hospital Infantil de Texas suspendió sus terapias de cambio de sexo, pues se concluye que realizar ciertos procedimientos de "cambio de sexo" en los niños, y recetarles bloqueadores de la pubertad, es "abuso infantil" bajo la ley de Texas. La opinión surge a raíz del aumento del número de los texanos que están viendo los horrores que se derivan de la fusión de la medicina y la ideología errónea.

Manifiesta que ciertos procedimientos realizados en menores como la castración, la fabricación de un "pene" utilizando tejido de otras partes del cuerpo, la fabricación de una "vagina" que implica la extirpación de órganos sexuales masculinos, la prescripción de supresores de la

17

<sup>18</sup> ALSEDO, Q. Susana, la primera 'trans' arrepentida que reclama a la Sanidad pública por haberla operado: "Me arruinaron la vida".

<https://www.elmundo.es/papel/historias/2023/02/22/63f64bbcf6c83e24a8b4586.html>

<sup>19</sup> Ley 4 de 2023, de 28 de febrero. Para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.

pubertad y los inductores de infertilidad, y similares son todos "abuso" bajo la sección 261.001 del Código de Familia de Texas.<sup>20</sup>

La opinión también sigue a la carta del Gobernador Abbott de agosto de 2021 al Departamento de Servicios Familiares y de Protección de Texas (DFPS) solicitando una determinación de "si la mutilación genital de un niño con fines de transición de género a través de la cirugía de reasignación constituye abuso infantil". El Comisionado de DFPS respondió que "la mutilación genital de un niño a través de la cirugía de reasignación es abuso infantil".<sup>21</sup>

➤ **Francia:**

En 2021, profesionales e investigadores expertos en la infancia denunciaron la atrocidad de las políticas de reasignación de sexo. Agrupados en torno al Observatorio de los Discursos Ideológicos sobre la Infancia y la Adolescencia, entidad francesa formada por médicos, psiquiatras, psicoanalistas, abogados, jueces, profesores, filósofos y sociólogos, levantaron la voz contra la "autodeterminación de los niños": *"Es urgente informar al mayor número posible de ciudadanos, de todas las profesiones, de todos los bandos, de todas las edades, sobre lo que bien podría considerarse en un futuro como uno de los mayores escándalos sanitarios y éticos, que habríamos visto llegar sin decir una palabra: la mercantilización del cuerpo de los niños."*

Con el título de *No podemos seguir callando ante esta grave deriva*, estos especialistas en infancia y adolescencia publicaron un manifiesto en el que denunciaban las "falacias" del activismo trans:

*"Estos discursos ideológicos engañosos se transmiten en las redes sociales, donde muchos adolescentes con problemas de identidad acuden a buscar soluciones a su malestar."*

*En nombre de la 'autodeterminación' -un eslogan que atrae a todos los progresistas- se convence a los niños y adolescentes de que pueden cambiar de sexo con la ayuda de tratamientos hormonales o incluso de una cirugía mutiladora. Esta retórica, difundida por activistas en muchos países occidentales, utiliza falacias destinadas a engañar. Este fenómeno, el 'niño transgénero', es en realidad una mistificación contemporánea que debe ser denunciada enérgicamente porque se trata de un adiestramiento ideológico. Nos quieren hacer*

<sup>20</sup> Committee, O. (2022). *KEN PAXTON ATTORNEY GENERAL OF TEXAS*. <https://www2.texasattorneygeneral.gov/opinions/opinions/51paxton>

<sup>21</sup> Committee, O. (2022). *KEN PAXTON ATTORNEY GENERAL OF TEXAS*. <https://www.texasattorneygeneral.gov/es/news/releases/procurador-general-paxton-declara-que-los-llamados-procedimientos-de-cambio-de-sexo-en-ninos-y-la>

*creer que, en nombre del bienestar y la libertad de cada individuo, un niño, liberado del acuerdo de sus padres 'reaccionarios', podría 'elegir' su supuesta identidad de género. Se somete al niño, y aún más el adolescente, a un control que le lleva a la desestabilización mental, a la ruptura con su familia si esta no le apoya y con todos aquellos que se niegan a compartir su punto de vista.*

*Este control genera un discurso antisocial y acusador e impone además un lenguaje específico o incluso una neolengua a los que les rodean. El discurso de estos jóvenes es a menudo estereotipado, como si hubieran perdido el pensamiento crítico (que es una característica del control). Denunciamos este secuestro de la infancia. Porque al persuadir a estos niños de que se les ha "asignado" un sexo al nacer y que pueden cambiarlo libremente, se les convierte en pacientes de por vida: consumidores de por vida de productos químicos hormonales comercializados por las empresas farmacéuticas, consumidores recurrentes de operaciones quirúrgicas a la búsqueda del sueño quimérico de un cuerpo de fantasía".<sup>22</sup>*

➤ **Finlandia:**

Un informe del Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia y que recoge la agencia de noticias Zenit, señala que las autoridades sanitarias finlandesas se alejaron de las directrices señaladas por los estándares de atención recogidos en la séptima edición de las "Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género" publicada por la "Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH)".<sup>23</sup>

En contra de la tendencia general de los países que toman posiciones en cuanto al abordaje terapéutico de los casos de disforia de género, el gobierno finlandés emitió nuevas pautas que establecen que la psicoterapia, en lugar de los bloqueadores de la pubertad y los tratamientos hormonales cruzados utilizados en los procesos de transición de género, debería ser el tratamiento de primera línea para el abordaje terapéutico de los casos de disforia de género en la población joven. Este cambio se produjo después de una revisión sistemática de la evidencia

<sup>22</sup> Céline Masson, Caroline Eliacheff, Sylvie Quesemand, Elisabeth Badinter, Chantal Delson, Christine Le Doaré, Catherine Dolto, & Xavier Emmanuelli. (2021). Changement de sexe chez les enfants: "Nous ne pouvons plus nous taire face à une grave dérive." *L'EXPRESS*. <https://acortar.link/RX5R9s>

<sup>23</sup> Observatorio de Bioética Universidad Católica de Valencia. (2021, November 18). *Finlandia cuestiona los protocolos de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH)*. <https://www.observatoriobioetica.org/2021/11/finlandia-cuestiona-los-protocolos-de-la-asociacion-mundial-para-la-salud-transgenero-wpath/37400#:~:text=Su%20principal%20hallazgo%20es%20que,o%20se%20consideraron%20poco%20fiabiles>.

clínica disponible, que encontró que el cuerpo de evidencia para la transición pediátrica no era concluyente.

Se prioriza en el caso finlandés la necesidad de realizar un diagnóstico previo que permita la exclusión de la existencia de trastorno mental antes de plantear la posibilidad de emprender procedimientos médicos de transición de género, que incluyen tanto el bloqueo hormonal de la maduración sexual del adolescente como la administración de tratamientos hormonales cruzados para promover la transición de género, es decir, la aparición de caracteres fenotípicos del sexo contrario en aquellos que padecen disforia de género.

Las escasas evidencias científicas de la idoneidad de estos tratamientos junto a la creciente aparición de efectos secundarios tras su implementación, muchos de ellos irreversibles, está detrás de esta decisión.

➤ **Suecia:**

El Hospital Karolinska en Suecia emitió nuevas directrices con respecto al tratamiento de los menores con disforia de género. La medida, que afecta los servicios de género pediátricos del Hospital Infantil Astrid Lindgren (ALB), suprimió la prescripción de bloqueadores de la pubertad y tratamientos hormonales de transición de género a pacientes menores de 18 años con disforia de género. Estos cambios entraron en vigor en mayo de 2021.

En el caso sueco se establece que debe realizarse una evaluación cuidadosa del nivel de madurez del paciente para determinar si el paciente es capaz de brindar un consentimiento informado significativo. Del mismo modo, se obliga a que tanto los pacientes como sus tutores reciban información adecuada sobre los riesgos e incertidumbres de esta vía de tratamiento.<sup>24</sup>

En conclusión, todos estos países ya han dado marcha atrás a sus legislaciones al probarse que, a causa de esa ausencia de diagnóstico previo y del daño irreversible que se causa a niños, jóvenes y adultos, se permitía acceder a estos tratamientos que evidentemente causan un detrimento a la salud física y mental.

## **VII. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE ATIENDEN LA DISFORIA DE GÉNERO EN MENORES DE EDAD**

- **Disforia de género; lo que conocemos:**

*“Según el sistema DSM V, la disforia de género es considerada un trastorno psiquiátrico. En la mayoría de países, el protocolo inicia con diagnóstico psiquiátrico y es este profesional quien diagnostica y remite a tratamiento”.*

La clasificación de las condiciones relacionadas con la identidad de género ha venido cambiando. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), apareció el término «transexualismo» en su tercera edición (1980). El DSM-IV lo denominó «trastorno de la identidad de género». **Actualmente, el DSM-5-TR lo denomina disforia de género (DG), considerándola como una condición de salud mental.** La disforia de género se refiere a una marcada incongruencia entre la identidad de género y el sexo biológico que genera un malestar clínico significativo.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub; 2013.

En 2018, la Organización Mundial de la Salud clasificó a la incongruencia de género como una condición relacionada a la salud sexual para facilitar el acceso de la población trans a servicios especializados en salud. Al incrementar la demanda de terapia hormonal a nivel mundial, es indispensable que el personal de la salud y sus allegados conozcan información adecuada para prestar atención conveniente a esta población.

Por tal razón, es importante definir los siguientes términos:

- Reasignación de género: Se refiere al tratamiento para aquellas personas que quieren adaptar sus cuerpos al género expresado mediante terapia de hormonas y/o cirugía<sup>2</sup>.
- La terapia hormonal de feminización/masculinización: Consiste en la administración de agentes endocrinos exógenos para inducir cambios de masculinización o feminización<sup>3</sup>.
- Cirugía de reasignación de género (cirugía de confirmación de género o afirmación de género): Estos términos se refieren solo a la parte quirúrgica del tratamiento de confirmación de género o afirmación de género<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Wylie C. Hembree<sup>1</sup> (Presidente), Peggy T. Cohen-Kettenis<sup>2</sup>, Louis Gooren<sup>3</sup>, Sabine E. Hannema<sup>4</sup>, Walter J. Meyer<sup>5</sup>, M. Hassan Murad<sup>6</sup>, Stephen M. Rosenthal<sup>7</sup>, Joshua D. Safer<sup>8</sup>, Vin Tangpricha<sup>9</sup>, Guy G. T'Sjoen - Asociaciones copatrocinadoras | American Association of Clinical Endocrinologists, American Society of Andrology, European Society for Pediatric Endocrinology, European Society of Endocrinology, Pediatric Endocrine Society, y World Professional Association for Transgender Health(2009) *Tratamiento Endocrinológico para Personas con Disforia de Género o Incongruencia de Género: Guía sobre Prácticas Clínicas de la Endocrine Society Resumen Ejecutivo 10,11*

<sup>3</sup> Wylie C. Hembree<sup>1</sup> (Presidente), Peggy T. Cohen-Kettenis<sup>2</sup>, Louis Gooren<sup>3</sup>, Sabine E. Hannema<sup>4</sup>, Walter J. Meyer<sup>5</sup>, M. Hassan Murad<sup>6</sup>, Stephen M. Rosenthal<sup>7</sup>, Joshua D. Safer<sup>8</sup>, Vin Tangpricha<sup>9</sup>, Guy G. T'Sjoen - Asociaciones copatrocinadoras | American Association of Clinical Endocrinologists, American Society of Andrology, European Society for Pediatric Endocrinology, European Society of Endocrinology, Pediatric Endocrine Society, y World Professional Association for Transgender Health(2009) *Tratamiento Endocrinológico para Personas con Disforia de Género o Incongruencia de Género: Guía sobre Prácticas Clínicas de la Endocrine Society Resumen Ejecutivo 10,11*

<sup>4</sup> Wylie C. Hembree<sup>1</sup> (Presidente), Peggy T. Cohen-Kettenis<sup>2</sup>, Louis Gooren<sup>3</sup>, Sabine E. Hannema<sup>4</sup>, Walter J. Meyer<sup>5</sup>, M. Hassan Murad<sup>6</sup>, Stephen M. Rosenthal<sup>7</sup>, Joshua D. Safer<sup>8</sup>,

**LUIS MIGUEL**  
REPRESENTANTE



**MAURICIO**  
**GIRALDO**  
SENADOR

Vin Tangpricha9, Guy G. T'Sjoen - Asociaciones copatrocinadoras | American Association of Clinical Endocrinologists, American Society of

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

37 B

H. R. LUIS MIGUEL LOPEZ • OF. 615 B

oscar.giraldo@senado.gov.co  
luis.lopez@camara.gov.co

EDIFICIO NUEVO DEL CONGRESO  
CRA 7 # 8-68

● **VIII. EN COLOMBIA**

En nuestro país en materia legislativa encontramos de manera genérica normas que protegen a la comunidad LGTBI, de la discriminación y buscan propender por sus derechos. Pero en materia de la disforia de género, en concreto, ha sido la Corte Constitucional quien más se ha pronunciado.

Como muestra de lo anterior, la Sentencia T-771 de 2013 se defiende la práctica de procedimientos médicos como forma de superación de las dificultades por las que pasan la comunidad trans con su cuerpo, la cual determinó:

*“La Sala encuentra que existe una orden médica para la práctica de la mamoplastia de aumento más prótesis a la accionante, que el procedimiento fue ordenado como parte del tratamiento integral requerido para su reafirmación sexual. El carácter meramente estético del procedimiento se descarta en este caso no sólo por la existencia de una prescripción médica expedida dentro de un proceso de reafirmación sexual, sino además porque en el presente caso ella reviste un carácter funcional. Por esta razón, la EPS Compensar debe autorizar su práctica. Es necesario aclarar que la mamoplastia de aumento en situaciones como la que se encuentra frente a esta Sala tiene un carácter funcional, al ser un medio para reafirmar la feminidad de la accionante, elemento esencial de su identidad y condición para garantizar su derecho a la salud en el sentido integral del mismo. El concepto de feminidad hace referencia a una construcción cultural, que se ha elaborado con base en un conjunto de prácticas sociales y formas compartidas de ver el mundo. En este sentido, la diferenciación binaria tradicional entre masculino y femenino (hombre y mujer) es el resultado de usos y costumbres, que han mutado a lo largo de la historia y que son contingentes de acuerdo a factores temporales y espaciales.”*

Así, la Corte Constitucional en diversas sentencias ha manifestado la necesidad de expedir una Ley de género, la cual aún no existe, pero también ha propendido para que mientras la Ley es promulgada, el plan obligatorio de salud contenga estos procedimientos. Razón por la cual, es la Resolución No. 6408 de 2016, la cual ha materializado lo ordenado por la Corte.

En cuanto a los menores de edad, la sentencia T-675 de 2017 se presenta el caso de un menor de edad de 17 años, nacido con sexo masculino a quien se la niega el cambio de sexo en su registro civil, a pesar de que la petición es elevada en compañía de su madre. Dentro de las consideraciones, para la Corte, este cambio era susceptible de realizarse en razón a que el menor proyectaba su deseo de ser mujer en todos los ambientes públicos, siendo ya aceptado dicho tratamiento, al punto de estar ya recibiendo terapia hormonal para la reafirmación del género. De esta manera, el acompañamiento de especialistas se toma como base para determinar que el menor realmente se identifica como mujer, así:

*“En el caso objeto de revisión se acreditan todos los presupuestos que la sentencia T-498 de 2017, dispuso para autorizar una modificación idéntica a la solicitada en esta oportunidad, a saber: i) existe una clara manifestación de voluntad por parte de la menor y su madre, accionante en esta oportunidad, concurrente en la necesidad de llevar a cabo la corrección a la que se ha hecho suficiente referencia. De igual forma se reitera lo dispuesto en el numeral 4 de los antecedentes de esta providencia, en el sentido de que el fallecimiento del padre de la menor implica que su representación legal recae, de manera exclusiva, en la madre de esta; ii) la menor se encuentra próxima a cumplir la mayoría de edad, teniendo en cuenta que nació el 15 de julio del 2000 por lo que al estar a menos de un año de esta fecha, y haberse expuesto que la autonomía es directamente proporcional a la cercanía de este acontecimiento, se concluye que se supera el requisito; iii) De igual forma, existen suficientes conceptos profesionales que dan cuenta de que la transición de género está siendo actualmente implementada, pues la menor recibe desde el mes de julio de 2017 un tratamiento hormonal con un médico*

*endocrino que busca reafirmar su verdadera identidad de género, con el debido acompañamiento psiquiátrico."*

Así las cosas, se puede evidenciar que la Corte Constitucional ha dado su aprobación a la realización de estos procedimientos en menores de edad, sin que se haya establecido tampoco mayor regulación al respecto, lo cual resulta ser un tema de preocupación, debido a que, frente a la duración de la disforia de género, el **Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales**, publicado por la Asociación de Psiquiatría, señala que, lo niños y jóvenes que manifiestan disforia de género, del 70 % al 97% de varones y del 50 al 88% de las mujeres la superan al llegar a la edad adulta.<sup>5</sup>

Por lo tanto, si no se trata adecuadamente un caso de disforia de género, estaremos tan solo al principio de un problema grave, dado su alto grado de irreversibilidad.

Por último, valga decir que tanto la jurisprudencia antes descrita, como la Sentencia T-218 de 2022 esgrimida por el Ministerio de Salud en concepto allegado sobre proyecto con igual propósito, son sentencias de tutela, pero no de constitucionalidad o de unificación, por lo que solo pueden ser tenidas como criterios auxiliares de interpretación. Al respecto, la Sección Quinta del Consejo de Estado explicó, en relación con las providencias de la Corte Constitucional, que **solo considera como precedente las sentencias de constitucionalidad (C) o de unificación (SU)**, las cuales contienen una regla o subregla de derecho y son proferidas por la Sala Plena de la Corte Constitucional, mientras que las providencias y sentencias identificadas como T solo se consideran un criterio auxiliar de interpretación, pero no son vinculantes<sup>25</sup>.

Así las cosas, mal se haría en cercenar la labor legislativa, so pretexto de la existencia de una sentencia (T), cuando precisamente la sociedad y la misma Corte Constitucional han realizado distintos llamados para que el Congreso de la República se ocupe de lo que le corresponde por naturaleza; hacer las leyes. Es esto lo que se pretende con esta iniciativa, y más en un asunto tan sensible y delicado en donde están inmersos los niños como sujetos de especial protección constitucional.

## IX. IMPACTO FISCAL

La presente iniciativa no ordena gasto alguno a la luz de lo concebido en el Artículo 7 de la Ley 819 de 2003.

<sup>25</sup> Consejo de Estado Sección Quinta, Sentencia 11001031500020200323400 (AC), Sep. 24/20.

• **X. CONFLICTO DE INTERESES**

Dando alcance a lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, “*Por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992*”, se hacen las siguientes consideraciones a fin de describir las circunstancias o eventos que podrían generar conflicto de interés en la discusión y votación de la presente iniciativa legislativa, de conformidad con el artículo 286 de la Ley 5 de 1992, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019, a cuyo tenor reza:

*“Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas.  
Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que  
pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.*

<sup>5</sup> Cf. American Psychiatric Association DSM-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM -5*

*Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.*

- . Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*
- b. Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*
- c. Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.*

*(...)"*

Sobre este asunto la Sala Plena Contenciosa Administrativa del Honorable Consejo de Estado en su sentencia 02830 del 16 de julio de 2019, M.P. Carlos Enrique Moreno Rubio, señaló que:

*"No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el*

*mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o*

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA 37 B  
H. R. LUIS MIGUEL LÓPEZ • OF. 615 B

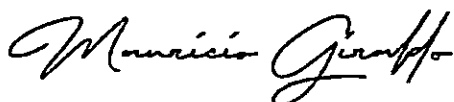
oscar.giraldo@senado.gov.co  
luis.lopez@camara.gov.co

EDIFICIO NUEVO DEL CONGRESO  
CRA 7 # 8-68

*imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna".*

A partir de lo anterior, salvo mejor concepto, se estima que para la discusión y aprobación del presente Proyecto de Ley no existe conflicto de intereses al tratarse de un asunto de interés general. Con todo, es menester precisar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales o específicas en las que pueda estar inmerso.

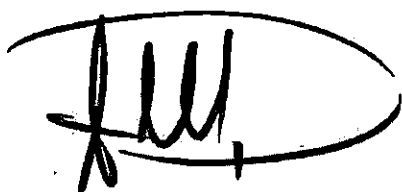
De los Honorables Congresistas,



**OSCAR MAURICIO GIRALDO HERNÁNDEZ**  
Senador de la República  
Partido Conservador



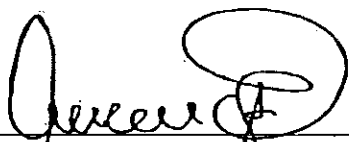
**LUIS MIGUEL LÓPEZ ARISTIZÁBAL**  
Representante a la Cámara por Antioquia  
Partido Conservador



**JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA**  
Representante a la Cámara por Bogotá  
Centro Democrático



**KARINA ESPINOSA OLIVER**  
Senadora de la República  
Partido Liberal



**HR. YEMICA SUGÉIN ACOSTA INFANTE**  
Representante a la Cámara  
Departamento del Amazonas



**MIGUEL ABRAHAM POLO POLO**  
Circunscripción Afro-Descendiente

H. S. MAURICIO GIRALDO • OF. 637 B

H. R. LUIS MIGUEL LÓPEZ • OF. 615 B

oscar.giraldo@senado.gov.co  
luis.lopez@camara.gov.co

EDIFICIO NUEVO DEL CONGRESO  
CRA 7 # 8-68

**LUIS MIGUEL**  
REPRESENTANTE



**MAURICIO**  
**GIRALDO**  
SENADOR

  
**CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE**  
Representante Valle del Cauca

  
**GERMAN BLANCO ÁLVAREZ**  
Senador de la República

  
**JULIANA ARAY FRANCO**  
Representante a la Cámara  
Departamento de Bolívar

H. S. MAURICIO GIRALDO • OF. 637 B  
H. R. LUIS MIGUEL LÓPEZ • OF. 615 B

oscar.giraldo@senado.gov.co  
luis.lopez@camara.gov.co

EDIFICIO NUEVO DEL CONGRESO  
CRA 7 # 8-68

# SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5° de 1.992)

El día 02 del mes Ago del año 2023

se radicó en este despacho el proyecto de ley

Nº. 88 Acto Legislativo Nº. \_\_\_\_\_, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales

por: MS-OSCAR GONZALEZ - KARINA ESPINDA GERMAN  
DAWES - HR - LUIS LOPEZ, JOSEFAINE USCATEGUI  
Y ENICA SUGELIN ACOSTA - CHRISTIAN GARCIA Y OTROS  
FIRMAS.

SECRETARIO GENERAL